Syphilis und haemorrhagische Diathese,

Syphilis haemorrhagica.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

des Herrn Geheim-Rats Professor

D^R. RITTER VON GIETL

der

medicinischen Fakultät zu München

vorgelegt

von

Heinrich Schuelein,

appr. Arzt.

München, 1882.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Syphilis und haemorrhagische Diathese,

Syphilis haemorrhagica.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

des Herrn Geheim-Rats Professor

D^R. RITTER VON GIETL

der

medicinischen Fakultät zu München

vorgelegt

von

Heinrich Schuelein,

appr. Arzt.

München, 1882.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554608_0177

Wenn im Verlaufe der Syphilis und bedingt durch dieselbe Blutaustritte cutaner sowohl als visceraler (parenchymatöser) Natur auftreten, spricht man von Syphilis haemorrhagica; Scorbut, der bei Syphilitischen zuweilen vorkömmt, soll sein Entstehen mehr den die Kranken umgebenden ungünstigen hygienischen, oft auch arzneilichen Einflüssen (Mercur) als der Syphilis verdanken.

Dass aber im Verlaufe der Syphilis sich haemorrhagische Diathese entwickelt, ist wie die Literatur beweist, eine ausgemachte Thatsache. Auch zwei von mir selbst auf der Zeissl'schen Klinik beobachtete Fälle, die ich weiter unten näher auszuführen gedenke, sprechen für diese Annahme.

Baeumler (Ziemssens Handbuch) erwähnt wohl nur den Austritt roter Blutkörperchen, nicht aber Gewebsblutungen und Zeissl (Lehrbuch der Syphilis) führt an, dass bei schlecht genährten, namentlich weiblichen Individuen die Transsudation von Blutfarbstoff sich bis zum wirklichen Blutaustritt steigern könne. Bei solchen Individuen entstehen an abhängigen Körperstellen, besonders an den Unterschenkeln, anstatt der mattroten Flecke oder Papeln nahezu blaurote, linsengrosse haemorrhagische Flecke und lenticuläre Erhabenheiten.

Bälz (Archiv der Heilkunde XVI. p. 179) ist der erste, der unter dem Namen „haemorrhagische Syphilis" einen Fall veröffentlicht, den ich hier anführe:

Ein 25 jähriger Kaufmann, (Weinhändler) abgesehen von einem sehr schweren im Felde überstandenen Typhus, der übrigens keine Folgen zurück liess, stets gesund, hatte sich anfangs 1873 in Berlin einen Schanker zugezogen, auf welchen eine Lymphdrüsenvereiterung in der rechten Leiste und nach mehreren Monaten ein über den ganzen Körper verbreiteter Ausschlag folgte, der für syphilitisch erklärt und mit Quecksilber behandelt, sich vorübergehend fast ganz verloren hatte, aber in geringem Masse bald wieder aufgetreten war.

Derselbe bestand im Gesichte und an einzelnen Stellen des Rumpfes und der Extremitäten noch, als Patient den 14. Februar 1874 zufällig bemerkte, dass der kleine Finger der rechten Hand in allen Gelenken steif und bei Bewegungsversuchen schmerzhaft war.

Auf den Rat seines Arztes ging er nach Hause, band das erkrankte Glied auf ein Stück Pappe fest und legte sich sofort zu Bette. Trotzdem waren am nächsten Morgen das rechte Hand- und Ellenbogengelenk, sowie beide Fussgelenke so geschwollen und empfindlich, dass der Kranke das Bett nicht verlassen konnte; durch Fixierung sämmtlicher ergriffenen Gelenke mittels Papp-Watte-Verbänden wurden jedoch die Schmerzen bedeutend gemildert.

Ohne vorausgehende Störung des Allgemeinbefindens brach in der Nacht vom 15.—16. Februar über den ganzen Körper, am stärksten am Rücken, Gesäss, Oberarmen und Oberschenkeln ein blutfarbiges Exanthem aus begleitet von heftiger Schmerzhaftigkeit in den Gelenken und in der gesamten Muskulatur des linken Oberarmes. Das Allgemeinbefinden war dabei ziemlich ungestört, der Appetit im mässigen Grade erhalten; keine Hirnerscheinungen, keine Brustsymptome, kein Fieber.

Bei der Aufnahme ins Krankenhaus am 17. Februar Abend erschien die Haut des Kranken mit grossen Schweisstropfen bedeckt. Ueber den ganzen Körper ausgebreitet, im Gesicht am reichlichsten, auf der Stirn, oberhalb der Nasenwurzel, ferner sehr stark auf dem Rücken, dem Gesäss, auf den Streckseiten der Extremitäten, aber auch auf jeder anderen Lokalität der allgemeinen Decke fanden sich linsen- bis zweithalergrosse haemorrhagische Efflorescenzen, teils einzeln stehend, teils zu mehr weniger kreis- und kleeblattähnlichen Figuren verschmolzen.

Diese Stellen, vollkommen scharf gegen die Umgebung abgegrenzt, hatten teils den Charakter von Maculae teils von Papulae; viele erschienen beetartig flach.

Zwischen den dunkelroten Efflorescenzen lagen zahlreiche ebenso grosse und noch grössere Stellen, durch Farbe, Form und Schuppenbildung das Bild eines squamösen Syphilids darstellend, zum teil durch chamoisgelbes Aussehen und die Feinheit der Schüppchen an Pityriasis versicolor oder an Herpes tonsurans erinnernd. Diese Stellen, nach Angabe des Kranken grösstenteils erst im Laufe der letzten 36 Stunden entstanden und ursprünglich blutigrot gefärbt gewesen, hatten sehr rasch eine blasse Farbe angenommen und waren gleich den frischen Haemorrhagien am zahlreichsten auf dem Rücken, den Hinterbacken, Oberschenkeln und Oberarmen, nur sehr vereinzelt am Bauche.

Am Kopfe überwogen gleichfalls die frischen Efflorescenzen und zwar vorzüglich auf der Glabella und an den Supraorbital-Gegenden, während Wangen und Augenlider eine lividblaue Verfärbung zeigten und deutlich geschwollen waren.

Zahnfleisch und Zähne vollkommen gesund; Zunge dick gelbweiss belegt, feucht, sehr übler Geruch aus dem Munde. Gaumen und Rachenteile normal, Stimme heisser, Kehlkopfeingang geschwollen (chronischer Katarrh) Stimmbänder rötlich, Temperatur 38° C., Puls 80, 24 Atemzüge.

Von Seite der Respirations- und Zirkulations-Organe keine weiteren Erscheinungen, Appetit gering, mässige Verstopfung. Sämtliche Gelenke des rechten Armes und linken Beines geschwollen, bei Druck und Bewegungen schmerzhaft. Die Weichteile gleichfalls in hohem Grade infiltriert und schon gegen leise Berührung empfindlich, die Haut an einzelnen Stellen grünlich verfärbt. Urin dunkel gefärbt, klar, sauer, ohne Eiweiss und Blut. Fixation der kranken Glieder durch Papp-Watte-Verbände, innerlich Kali jodati 2,5 pro die.

18. Februar morgens: In der Nacht wenig Schlaf; bei ruhiger Lage keine Schmerzen; linker Vorderarm kolossal geschwollen; äusserst empfindlich. Auf dem Bauch, rechter Hinterbacke und linkem Oberschenkel mehrere über 1 □cm. grosse, frische Haemorrhagien, die gestern ganz frisch aussehenden dunkelroten Efflorescenzen bereits zum grossen Teile abgeblasst, den oben beschriebenen gelbroten Flecken mit den kleinen Schüppchen ähnlicher; die Abblassung von der Peripherie nach dem Zentrum vorschreitend, daher die einzelnen Efflorescenzen in einem gewissen Stadium wie von einem Hof umgeben.

Abends T. 38,6; P. 112; R. 32. Wenige neue Haemorrhagie. Heftige Schmerzen in der rechten Seite und am Rücken, besonders bei tiefen Atemholen und beim Husten;

neben schleimigen, bronchitischen Sputis hellrote, rein blutige. Auf der Brust rechts hinten unten mässige Dämpfung, Knisterrasseln, pleuritisches Reiben. Eisumschläge auf die rechte Seite. Morphium innerlich.

19. Februar früh: T. 38,2; P. 108; R. 30. Schlaf leidlich. Schmerzen auf der rechten Seite und Husten bedeutend geringer; Sputa unverändert. Auf dem Rumpfe erschien die ganze von den Eisumschlägen bedeckte Stelle in eine grosse haemorrhagische Fläche verwandelt, deren Grenzen genau mit denen des Umschlages zusammenfielen. Diese Fläche hatte in Folge des verschiedenen Sitzes der Blutungen (teils unter der Epidermis teils im Corium) ein scheckiges Aussehen mit düsterrotem Grundton; auch fanden sich einzelne kleine normal gefärbte Fleckchen. Die oberflächlichsten schwarzroten Blutergüsse, fast ausschliesslich auf das rechte Hypochondrium beschränkt, bildeten meist sternförmige Figuren, die mit ihren Ausläufern zwischen die übrigen Eruptionen hineingriffen und die an die sternförmigen Teleangiectasien erinnerten, welche sich auf den Wangen und an der Nase vieler Leute finden. Eine dem Langer'schen Spaltbarkeitsgesetz entsprechende Verteilung der Efflorescenzen liess sich nicht nachweisen, vielmehr sassen die Blutungen auf den Rippen gerade so dicht wie in den Intercostalräumen. Bei genauem Zufühlen und bei schräger Beleuchtung bemerkte man eine mehr oder weniger papulöse Beschaffenheit der meisten Eruptionen, deren Entwickelungsmodus sich nach Verfasser (Bälz) folgendermassen auffassen lässt. Ein intensiv roter, bei Fingerdruck seine Farbe beibehaltender Fleck besteht 3—4 Stunden lang als glatte sich ganz normal anfühlende Fläche, nach dieser Zeit erhebt er sich nach Art einer Urticariaquaddel rasch über die Oberfläche und wird binnen 24—36 Stunden wieder flacher, während die dunkle Farbe einem matten schmutzigen Gelbrot Platz macht. An den Extremitäten, in geringem Grade am Rumpfe, wurde beim Auftreten zahlreicher Efflorescenzen die Haut der ganzen Gegend derb infiltriert, ödematös und gegen Berührung empfindlich. Der Kranke konnte diese Teile nicht bewegen und empfand in denselben ein lebhaftes Spannungsgefühl, welches nach Einreiben mit Oel nachliess. Die Dämpfung auf der Brust, sowie das Rasseln bedeutend geringer; Gelenkaffektionen im Wesentlichen unverändert. Allgemeinbefinden vollkommen gut; Patient munter und froher Laune. Infus: secal. cornut. (3,0 : 120,0) einstündlich 1 Esslöffel.

Abends: T. 38,2°; P. 100; R. 24. Die ganze rechte

Seitengegend bis über die Haemorrhagien hinaus geschwollen, ebenso die rechte Hinterbacke und der rechte Oberschenkel, die am Rande stehenden Blutungen abblassend. Dämpfung rechts hinten am Rücken fast verschwunden. Das Rasseln und Reiben nur noch sehr unbedeutend. Die Gelenke des linken Armes und linken Beines stark geschwollen, schmerzhaft, am linken Arm auch die gesamte Musculatur.

20. Februar: Patient nach leidlichem Schlaf fieberfrei. Exanthem und diffuse Schwellung im Gesicht fast verschwunden. Die Haemorrhagien der rechten Seite von den Rändern her abblassend; die Haut daselbst von grünlich gelber Färbung. Die Gelenke unverändert.

21. Februar: Linker Arm beweglich; Exanthem blasser; Jodkalium wegen Schnupfen und Acne ausgesetzt.

24. Februar: Etwas lebhaftes Krankheitsgefühl; alle Glieder aber etwas beweglich; Gelenke nirgends mehr geschwollen. Haut am rechten Oberschenkel grünlich verfärbt, noch etwas infiltriert. An der Stelle des Bauches, an welcher Tags zuvor ein Eisbeutel 5 Stunden lang gelegen hatte, ein reichliches papulös-quaddliges Exanthem mit ca. 20 punktförmigen Haemorrhagien. Diffuse, gelbe dunkelrot getüpfelte Färbung der kranken Fläche auf der rechten Seite.

25. Februar: Bei fortdauernder Fieberlosigkeit und ungestörtem Allgemeinbefinden links Hand- und Fussgelenke aufs Neue afficiert. Dieselben durch einen Verband fixiert. Das Exanthem auf dem Bauche abgeblasst, die Schwellung in seiner Umgebung fast verschwunden. Auf dem linken Oberschenkel zahlreiche neue Eruptionen, teils einfache runde Flecke darstellend, teils gyriform confluiert; nur wenige haemorrhagische. Rechter Oberschenkel abgeschwollen.

26. Februar: der rechte Oberschenkel hinten handgross derb infiltriert, nicht verfärbt, sehr schmerzhaft.

27. Februar: Keine neuen Eruptionen, die alten undeutlicher; linke Hand frei, rechter Vorderarm und rechtes Handgelenk geschwollen; rechter Oberschenkel weniger schmerzhaft.

1. März: Beide Arme und Hände, sowie der rechte Oberschenkel schmerzfrei; am linken Haemorrhagien, Schwellung; Augenlider blaurot suffundiert. Allgemeinbefinden ungestört.

4. März: Alle Glieder abgeschwollen; normal beweglich; die Haut über den zuletzt ergriffenen Gelenken gelbgrün.

6. März: Beim Versuch zu gehen lebhafter Schmerz in beiden Knöcheln; abends die Haut über denselben grüngelb verfärbt.

9. März: Patient steht auf, kann gehen; fühlt sich ganz wohl.

12. März: Die Affektionen der Gelenke und der Weichteile der Glieder sind verschwunden. Auf dem ganzen Körper noch zahlreiche, bis 5 cm. im Durchmesser haltende, gelbbraune, zum Teil stark kleienförmig abschuppende, ganz schwach über die Hautoberfläche erhabene Efflorescenzen mit wallartigen Rändern, an die Kreise beim Herpes circinatus erinnernd; daneben charakteristische, luetische Psoriasisflecke, nirgends Acne oder Rhypia. Drüsen des Halses und der Leistengegend mässig geschwollen, indolent. Sonst keine Zeichen constitutioneller Syphilis. Entlassung.

Hier bestand offenbar eine haemorrhagische Diathese, für welche jedoch weder Hämophilie noch Leukämie noch Scorbut als ätiologisches Moment angenommen werden kann, ebenfalls nicht Peliosis rheumatica; dagegen macht das Verhalten des Exanthems im Verein mit dem Bestehen von anderweitigen Erscheinungen der constitutionellen Syphilis den syphilitischen Charakter der Affektion unzweifelhaft, wie auch Patient bei der Entlassung ganz deutlich das Bild darbot, wie es bei Luetischen nach Ablauf des Höhenstadiums des Ausschlages beobachtet zu werden pflegt. Sehr bemerkenswert ist der günstige Ausgang trotz der stürmischen gefahrdrohenden Symptome. Bälz hält ferner die Annahme einer unter dem Einfluss des syphilitischen Giftes, vielleicht unter Mitwirkung einer unbekannten Ursache entstandenen haemorrhagischen Diathese für vollkommen gerechtfertigt.

Behrend (deutsche Zeitschrift für praktische Medizin 25. 26. 1878) macht auf eine analoge von ihm in mehreren Fällen beobachtete Syphiliserkrankung aufmerksam, die nach seinen bisherigen Beobachtungen nur an Kindern und auch hier nur angeerbt vorkomme. Dieselbe charakterisiere sich durch Ecchymosenbildung auf der äusseren Haut sowie durch Blutungen aus dem Nabelhöcker nach Abfall des Nabelschnurrestes, so dass sich eine Purpura syphilitica und eine Omphalorrhagia syphilitica — Birch-Hirschfeld

Archiv der Heilkunde 2. H. 1875) fand in einem Falle eine Stenose der Nabelvene, welche er nicht als Folge eines atheromatösen Prozesses, sondern für identisch mit der von Heubner beschriebenen syphilitischen Endarteritis erklärt. Auch an den Nabelarterien hat er diesen Befund gesehen — unterscheiden lasse, die entweder zugleich oder getrennt von einander auftreten und mit profusen Blutungen bei zufälligen Verletzungen verbunden sein können.

Den ersten Fall von sogenannter Purpura syphilitica beobachtete er bei einem Kinde, das ausgetragen und gut genährt mit einem Schuppensyphilid zur Welt gekommen war und bei dem nach dem Verschwinden des letzteren zahlreiche stecknadelkopfgrosse Petechien auftraten, die bei dem Fortgebrauch der von Anfang an verordneten Sublimat-Bäder schwanden. Ein Decubitus, welcher sich auf dem rechten Tuber ischii einstellte und der wahrscheinlich gleichfalls mit der syphilitischen Dyscrasie im Zusammenhang stand, verheilte; indessen starb das Kind im Alter von 14 Monaten unter den Erscheinungen eines Hydrocephalus internus (der Vater war angeblich 2 Jahre früher inficiert, aber nicht mit Quecksilber behandelt und ohne secundäre Symptome).

Bei einem zweiten Kinde, das ausgetragen und wohlgenährt zur Welt kam, jedoch gleich nach der Geburt nach vergeblichen Atembewegungen abstarb, fanden sich Petechien und Ecchymosen in grosser Anzahl über den ganzen Körper zerstreut; ausserdem bei der Sektion: Syphilis der Lunge, Leber, Milz und Knochen (Vater früher ebenfalls syphilitisch gewesen).

Seltener als die Purpura syphilitica scheint nach Behrend die Omphalorrhagia syphilitica vorzukommen, wie überhaupt Nabelblutungen zu den seltensten Affektionen gehören.

Als Ursache dieser Blutungen sieht Behrend eine leichte Zerreisslichkeit der Gefässwand an, die durch eine fehlerhafte Beschaffenheit des Blutes bedingt, in letzter Reihe auf die Syphilis zurückzuführen sei. (Cof. Birch-Hirschfeld: Archiv der Heilkunde 1875). Trotz ihrer Aehnlichkeit mit der Hämophilie sei diese Erkrankungsform von letzterer dennoch zu trennen, da diese angeboren und ein bestimmtes

in Familien heimisches Leiden ist, bei dem Ecchymosen auf der Haut nur dort, wo mechanische Einwirkungen stattgefunden haben, vorkommen, während sie bei Syphilis sich spontan entwickeln. Die bei hämophilen Kindern konstatierten Nabelblutungen fanden in der beiweitem grössten Mehrzahl vor Abfall der Nabelschnur statt, was bei der Syphilis niemals der Fall sei. Hier stelle sie ausserdem mehr den Eindruck einer transitorischen Diathese dar, während sie bei der Hämophilie das erste Symptom einer durch das ganze Leben bestehenden, einer permanenten Anomalie bilde.

Deahna (Würtemb. Corresp. Blatt XLIX. 40. 1879, Schmidts Jahrbb. 185 p. 253) beschreibt, insofern die Neigung zu Blutungen bei syphilitischen Neugebornen auf die Erkrankung der Blutgefässe, welche der Syphilis eigen ist, zurückgeführt und hiedurch erklärt worden ist, folgenden Fall von haemorrhagischer Syphilis bei einer Neugeborenen:

Als das erste ausgetragene Kind einer Frau, welche einmal im 3. Monate abortierte, zweimal tote Früchte im 6. Monat zur Welt gebracht hatte, wurde ein Mädchen geboren, welches gesund erschien und so blieb bis zum 4. Tage, wo es unruhig wurde, die Brust nicht mehr nahm und kleine Blasen an den Füssen zeigte. Besonders auffallend war es, dass das Kind die Arme gar nicht bewegte und dieselben im Bade schlaff in das Wasser hängen liess.

Als D. das Kind am 6. Tage sah, war die Nabelschnur abgefallen, Hände und Füsse waren leicht ödematös. An beiden Fussohlen lag an mehreren Stellen das Corium blos, desgleichen an der rechten grossen Zehe. An den Fingern und der Nasenwurzel fanden sich Bläschen mit wasserhellem Inhalt, desgleichen an den Rändern der Ohrmuschel; beide Arme waren gelähmt, die Beine konnten bewegt werden; die Atmung war frei. Die innern Organe schienen gesund. Sublimatbäder. Am 7. Tage waren die Blasen an den Ohrmuscheln (Pemphigus) confluiert; neue Blasen waren anderwärts entstanden, an den ältern Blasen war der Grund geschwürig geworden.

Am 8. Tage waren fast alle Blasen geplatzt, das Corium lag frei.

Am 9. Tage bemerkte D. an den Lippen des Kindes

dunkelschwarze Krusten, nach deren Abwaschen das Gewebe normal war; nur sickerte aus der Haut der Lippen und des Mundes fortwährend frisches Blut; das Blut kam auch aus mehreren von der Epidermis entblössten Stellen. Neue Bläschen waren nicht aufgetreten.

Am 10. Tage zeigten sich an beiden Unterschenkeln zahlreiche kleinere und grössere Ecchymosen, zwei kleine auch an der Conjunctiva des linken Auges; das rechte Knie war angeschwollen, das Kind schlief nicht, sondern schrie fortwährend.

Am 11. Tage Blutung aus dem Nabelhöcker und After.

Am 12. Tage unaufhörliche Blutung aus dem Mund und aus allen erwähnten Stellen.

Am 13. Tage erfolgte der Tod.

Dehnha hält diesen Fall unzweifelhaft für eine hämorrhagische Syphilis, da die Lues am Kinde deutlich bewiesen sei und auch aus den anamnestischen Antecedentien der Eltern deutlich hervorgehe; hebt aber hervor, dass Behrends Angabe, die hämorrhagische Form der hereditären Syphilis betreffe vorwiegend eine Syphilis jüngeren Datums, durch seinen Fall nicht bestätigt werde, da die Syphilis des Vaters auf 1870 und 1871 sich zurückdatieren liesse.

Einen ungewöhnlichen Fall von congenitaler Syphilis, (Schmidt's Jahrbb. 190 p. 148) der mit grosser Wahrscheinlichkeit wohl als Syphilis haemorrhagica zu betrachten sein dürfte, führt Dr. M. Prickett (Lancet II. 25. Dezember 1880) an:

Ein Mann hatte 2 Jahre vor seiner Verheiratung einen Schanker und später milde secundäre Symptome gehabt, sich aber dann (circa 1 Jahr lang) wohlbefunden. Kurze Zeit nach der Verheiratung bekam er einen Ausschlag von zweifelhafter Natur; ein Spezialist erklärte ihn für Psoriasis und für nicht spezifischer Art. Ungefähr 1 Jahr nach der Verheiratung wurde ihm ein Kind weiblichen Geschlechtes geboren, das anfangs ganz gesund schien, nach 14 Tagen aber nahm es die Brust nicht, wurde schläfrig und schwach.

Prickett fand es halb collabiert, mit sehr mühsamem Atmen, kalt, cyanotisch, mit kaum fühlbarem Puls und so schwach, dass es kaum schreien oder sich bewegen

konnte. Die Temperatur betrug 99,5° F (37,7° C). Es wurde etwas Brandy verordnet und warmes Bad.

Am andern Morgen waren einige maulbeerfarbige Flecke im Gesicht, an den Armen und am Gesäss sichtbar geworden, die durch Druck nicht verschwanden, anfangs nicht über die Hautfläche erhaben, aber nach Verlauf eines Tages erhabener und dunkler wurden, auch an den unteren Extremitäten erschienen einige solche frische Flecke. Die Temperatur war nun auf 102° F. (38,9° C.) gestiegen, Erbrechen und schleimige Stuhlentleerungen waren aufgetreten, aber im Uebrigen schien sich der Zustand gebessert zu haben. Eine genaue Untersuchung des Herzens ergab keine Zeichen einer Krankheit an demselben. Die Flecke wurden härter, mehr hervorragend und schwarz, sehr ähnlich den Flecken bei hämorrhagischer Variola. Nach ungefähr 3 Tagen schien das Kind sich ganz wohl zu befinden, die Flecke aber bestanden noch. Am 5. Tage kehrte ein gleicher Anfall wieder. Das Kind wurde rigid, kalt, cyanotisch mit erschwerter Respiration.

Als Prickett es sah, hatte sich der Zustand schon wieder gebessert, die Herztöne waren normal, auch die Temperatur erschien normal. In der Nacht traten verschiedene gleiche Anfälle auf, es erschienen grössere Blutextravasationen unter der Haut. Am nächsten Morgen war das Kind viel schwächer, konnte kaum schreien, war ganz teilnamslos, aber nahm regelmässig Nahrung und die Stuhlentleerungen waren normal. Die subcutanen Extravasate (3 an Zahl) nahmen die Form von bläulichen abgerundeten Flecken an, ausser ihnen zeigten sich noch einige kleine Petechien an den Beinen und am Gesäss. Von da fiel das Kind immermehr zusammen und starb 3 Tage nach dem 2. Anfall. (Keine Sektion.)

Anfangs hatte Prickett keinen Verdacht auf Syphilis, erst als er von der Erkrankung des Vaters in Kenntnis gesetzt wurde, kam er zu dem Schlusse, dass die Erkrankung auf angeborener Syphilis beruhen müsse.

Von Hämophilie konnte weder in der Familie des Vaters noch in der der Mutter eine Spur nachgewiesen werden.

Schütz (Zur Anatomie der Syphilis der Neugebornen) teilt einen interessanten Fall mit, wo bei einem neugeborenen ½ Stunde alten Kinde mit unzweifelhafter syphilitischer

Erkrankung — wie aus der Anamnese hervorgeht, soll die Mutter des Kindes schon früher öfter wegen syphilitischer Infektion in Behandlung gewesen sein — sich reichliche Hämorrhagien der Haut und der inneren Organe vorfanden. Die Geburt ging im 7. Monate der Schwangerschaft in normaler Weise vor. Der Fötus zeigte hochgradigen allgemeinen Hydrops und fielen namentlich schon während der Geburt die zahlreichen die Haut bedeckenden Ecchymosen auf. Nach wenig Atemzügen erfolgte der Tod des Kindes.

Dieser Fall ist insofern noch interessant und wichtig als Schütz bezüglich der Pathogenese verschiedene Anhaltspunkte gibt, indem er mikroskopisch nachweisbare Veränderungen an den kleinen, innerhalb der Gewebe verlaufenden, Arterienzweigen entdeckte. Die in den tieferen Schichten der Cutis und in den unmittelbar angrenzenden Lagen des Unterhautzellgewebs verästelten Arterienzweige zeigten mikroskopisch eine bedeutende Verdickung der Gefässwand mit verengertem Lumen, wobei die Intima normal, die Muscularis hypertropisch, die Adventitia aus concentrischen Ringen bestehend und verdickt und das umgebende lockere Gewebe von Zellen infiltriert erschienen war. In der nächsten Nachbarschaft der Gefässe, ja teilweise in die Wandung derselben hineinragend, fanden sich zahlreiche mit dichtgedrängten roten Blutkörperchen versehene hämorrhagische Heerde, während im übrigen Zellgewebe zerstreute Anhäufungen von farblosen Rundzellen vorgefunden wurden.

Derartige Gefässentartungen sind auch innerhalb der Nieren, der Leber, im intermuskulären Bindegewebe, ja selbst in den kleinen Muskelarterien nachzuweisen gewesen, wo allenthalben auch grössere oder kleinere hämorrhagische Heerde aufzufinden waren. Dagegen zeigten die grösseren Gefässe keinerlei abnorme Verhältnisse.

In Berücksichtigung der specifischen Erkrankung der Mutter, in Anbetracht der Verbreitung des Prozesses über

soviele Organe wird die Erkrankung des Fötus als eine vom mütterlichen Blute auf denselben fortgepflanzte aufgefasst und sonach die Syphilis als die Entstehungsursache dieser Veränderungen angeschuldigt werden müssen.

Die reichlichen Hämorrhagien werden, wenn auch nicht direkt in der Gefässveränderung, so doch indirekt in der durch letztere hervorgerufenen Zirkulationsstörung ihre Ursache finden.

Auch Fürth (die Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis Wien 1879 p. 35,) gibt an, die Mehrzahl isolirter Nabelblutungen eben bei syphilitischen Neugebornen gesehen zu haben und glaubt auch die Purpura der Haut bei denselben mit Lues in Verbindung bringen zu müssen. Die Produktion der Flecke beruht nach seiner Annahme auf Blutaustritt und Exsudation von Blutfarbstoff in das Hautgewebe, wodurch die dunkle Pigmentirung des Exanthems und das Nichtzurückweichen unter dem Fingerdruck erklärlich ist.

Hryntschak (Lues hereditaria als Ursache der Nabelblutungen bei Neugebornen. Centralzeitung für Kinderheilkunde 1879 Nr. 21) fügt diesen Beobachtungen eine neue hinzu.

Ein gesund zur Welt gekommenes und von einem luetischen Vater stammendes Kind, das am 4. Lebenstage eine ikterische Färbung bekam, wozu sich am 9. Tage blaue Flecken an Rücken und Brust gesellten, starb trotz der eingeleiteten Behandlung am 10. Tage, an drei Tage vorher eingetretener Nabelblutung. Die Sektion ergab diffuse, interstitielle Hepatitis syphilitica mit spezifischer Gefässentartung.

Bei nochmaliger Ueberblickung des Bisherigen ergibt sich, dass Haemorrhagien bei Syphilis im Allgemeinen nur selten angeführt werden, dass die haemorrhagische Syphilis bei Erwachsenen, wie bei Neugeborenen die entweder syphilitischer Abstammung sind oder sonst

deutliche Zeichen syphilitischer Infektion an sich tragen, vorkömmt und dass die Syphilis bezw. die durch dieselbe bedingte Gefässalteration und Circulationsstörung als Hauptursache der Blutung gilt. Die Haemorrhagien treten entweder gleich bei der Geburt oder erst im Extrauterin-Leben auf und hier meist in den ersten Lebenstagen und nehmen einen tötlichen Ausgang.

Was den Sitz und die Form anlangt, so ist in einigen Fällen die Blutung blos auf den Nabel beschränkt; ferner zeigen sich hauptsächlich Ecchymosen der äusseren Haut, oder es treten Blutungen aus Körperöffnungen: Nase, Mund, After etc. auf. Auch Visceralblutungen werden erwähnt.

Dass ein Zusammenhang der Blutungen mit Anomalie des Gefässsystems bestehe, dieser Gedanke liegt nahe und die Erfahrung, dass bei Syphilis die Gefässe mit Vorliebe erkranken, wurde schon früher von vielen Beobachtern, namentlich Wilks, Lancereaux, Jackson, Albutt etc. gemacht, welche die gefundene Gefässentartung meist als fibröse Umwandlung der Gefässwand mit Verkleinerung des Lumens beschreiben ohne auf histologische Details näher einzugehen.

In neuerer Zeit hat Heubner (die luetische Erkrankung der Hirnarterien 1875) die allgemeine Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand gelenkt. Er fand, dass die syphilitische Arterienerkrankung ihren Ausgangspunkt am Endothel nimmt, das zunächst in Wucherung gerät. In diese Zellneubildung, welche weiterhin ein Netzwerk von Spindel- und und Sternzelten darstellt, findet von den Vasa nutritia her eine Infiltration weisser Blutzellen statt, wodurch die Bildung die Charaktere einer Granulationsgeschwulst annimmt, welche sowohl gegen das Lumen der Arterie als entlang dem Gefässrohr wächst und endlich entweder durch Organisation oder durch Umwandlung zu faserigem Bindegewebe die

Durchgängigkeit und die übrigen Eigenschaften der Arterien beeinträchtigt, nicht aber durch Verfettung.

Oedmanson (Canstatt, Jahresbericht 1879) fand bei syphilitischen Kindern an der Intima der Umbilical-Arterie dem Heubner'schnen Befund ähnliche Veränderungen, ferner bespricht Birch-Hirschfeld (Arch. d. Heilk. XVI.) Stenosen der Nabelvene bei Neugebornen, bedingt durch eine scharf umschriebene Erkrankung der Intima und gleichfalls teilt Schüppel (Archiv der Heilkunde IX. 1870 p. 74) mehrere Fälle von Gefässerkrankungen bei syphilitischen Neugebornen mit.

Hier möge erwähnt werden, dass der histologische Befund von Schütz's Fall (cf. oben) deutlich von dem Heubner'schen abweicht.

Im Anschluss daran und zum Vergleich mit den oben aus der Literatur angeführten Fällen bringe ich hier die zwei eigener Beobachtung zur Anschauung.

I. Fall.

K. J., 30 Jahre alt, lediger Sattlergehilfe, gibt an, ausser einer Blenorrhoea urethrae, die er im Jahre 1873 acquirierte und an der er im Garnison-Spital zu Graz behandelt wurde, vom Juli bis September 1880 an einem Geschwür der Vorhaut und linksseitiger Leistendrüsenentzündung mit Ausgang in Eiterung auf der II. Syphiliten-Abteilung des allgemeinen Krankenhauses zu Wien krank gelegen zu sein. Damals wurde er mit Kupfersalbe, Carbolwasserverbänden, Kali caustic etc. behandelt.

An einer dritten Erkrankung, die vom Februar bis April d. J. dauerte und ebenfalls in einem Geschwür an der Eichel und Vorhaut (Frenulum) bestand, wurde er auf derselben Abteilung in Behandlung genommen und geheilt. Frühere anderweitige Krankheiten stellt Patient in Abrede.

Am 25. Mai 1881 abermals ins Spital aufgenommen will er drei Wochen vorher einen Coitus begangen haben, nachdem sich wieder ein Geschwür an der früheren Stelle, Gegend des Frenulums, sowie linksseitige Leistendrüsenentzündung, letztere seit 10 Tagen bestehend und zur Eiterung tendierend, einstellte.

Einer Behandlung unterzog sich Patient vor seiner jetzigen Aufnahme nicht.

Status bei der Aufnahme:

Patient ist von mittlerer Körpergrösse und zeigt mässige Ernährungsverhältnisse bei einem Körpergewicht von circa 60 Kilogramm. Dabei besteht blasses Allgemeinaussehen. An den inneren Organen erweist die Untersuchung ausser bestehendem Catarrhus bronch. mit Verdacht auf Phthise keine Veränderungen.

Die linksseitigen Leistendrüsen sind geschwellt. Die Grösse derselben ist verschiedengradig; einzelne sind stark angeschwellt und entzündet sind adhärent, nicht verschiebbar, mit der darüber livid verfärbten Hautdecke. An einer Stelle ist bereits spontaner Durchbruch erfolgt. Die übrigen Drüsen sind bis erbsengross und indolent. Dieser Zustand findet seine Erklärung durch ein Geschwür von ziemlich regelmässiger Gestalt, scharfen unterminirten Rändern, speckig eitrig belegter, wurmstichiger Basis, mit dem Sitz in der Gegend des bereits durch frühere Geschwüre zerstörten Frenulums — Substanzverlust an demselben reicht bis zur Harnröhre — und der Glans. Die Inguinaldrüsen rechterseits sind mässig geschwellt, hart und indolent. Der weiche Gaumen und die Rachengaumenbogen sind gerötet.

26. Mai: Die Leistendrüsengeschwulst links geht in Suppuration über und die Therapie besteht in Applikation von 2% Carbollösung-Verbänden und Dunstumschlägen; das Geschwür wird ebenso behandelt.

29. Mai: Die rechtsseitigen Leistendrüsen sind mehr geschwellt und schmerzhaft. Wiederholte Bepinselung derselben mit Tinct. jodi et Tinct. gallar aa.

30. Mai: Körpergewicht: 38½ Kilo. Keine Störung des Allgemeinbefindens.

5. Juni: in der linken Leiste wird nach kreuzförmiger Spaltung der Haut und Excision deren Ränder eine hyperplastische vereiternde Drüse stumpf entfernt und ein 2% Carbolöl-Verband angelegt.

8. Juni: Abendliche Temperaturerhöhung bis zu 38° C.

10. Juni: 39,4° C. Abends.

11. Juni: 39.2° C. „

12. Juni: Die Wunde in der linken Leiste zeigt wenig Fortschritt in der Heilung; dieselbe ist mit einem schmierigen speckigen Belag bedeckt und geht von derselben im Hohlgang in die tiefe zwischen Scrotum und Oberschenkel.

Ausgiebige Bepinselung der Wunde mit Jodtinktur;

Spaltung des Hohlganges; Jodoform-Verband; Temperatur Abends: 38,6° C.

13. Juni: Abends 38,0° C.

14. Juni: Abends 38,4° C.

25. Juni: Leistendrüsenentzündung rechts ebenfalls zum Durchbruch tendierend. Punction derselben mit Entfernung der unterminierten Hauträuder. Carbolöl-Verband. Allgemeine Drüsenschwellung.

26. Juni: Körpergewicht: 49 Kilo.

2. Juli: Abendliche Temperatur 38,4° C.

3. Juli: 38,2° C. Klagen über Schlaflosigkeit und rheumatische Gliederschmerzen.

4. Juli: Die Geschwüre bedecken sich mit schlaffen Granulationen und bluten leicht — Eisenverband —, am Stamm treten vereinzelt scorbutähnliche Hauthämorrhagien auf, dagegen zeigen sich solche von verschiedener Grösse — linsen- bis 4 kreuzerstückgross, die grösseren durch Confluieren der kleineren entstanden — an den Extremitäten; besonders an der vordern Peripherie der Unterschenkel. Handteller und Fusssohlen zeigen ebenfalls vereinzelte Flecken; dabei besteht zeitweises Nasenbluten. Das Zahnfleisch ist zwar etwas gelockert, die Papillen der Schleimhaut stehen ab, allein Blutung des Zahnfleisches ist nicht vorhanden. — Abendliche Temperaturerhöhung bis zu 38,4°. Essigwaschungen des ganzen Körpers. Innerlich Ferr. carbonic. sacch. 1,0 pro die wegen der Blutungen und des herabgekommenen Organismus.

8. Juli: Auftreten eines teils maculösen teils papulösen lenticulären Exanthems an den gesunden, von den hämorrhagischen Flecken nicht betroffenen Hautstellen, besonders am Stamm und im Gesicht. Am behaarten Kopf sind pustulöse Efflorescenzen. 1,5 Grm. Jodkali gereicht.

9. Juli: Auch in den Hämorrhagien zeigt sich ein grosspapulöses Exanthem, besonders ausgeprägt an den Extremitäten. Die Grösse der Efflorescenzen ist hier ebenfalls variabel, doch die obigen überwiegend.

14. Juli: Abschuppung beginnt in sämtlichen Efflorescenzen, indem besonders die haemorrhagischen teils durch Resorption einsinken, teils Epidermislamellen von bedeutender Grösse und eigentümlich grüngelblicher Farbe abstossen.

17. Juli: Die Wunden zeigen etwas Belag und werden daher mit Kali caustic (1 : 3) behandelt.

20. Juli: Psoriasis plantaris et palmaris.

25. Juli: An den Palmis und Plantis, vorwiegend über

den Haemorrhagien, auch neben denselben sind deutlich papulöse Efflorescenzen wahrnehmbar, durch Grösse und Form der Schuppen sich unterscheidend.

27. Juli: Schmerz in der linken Wadenmuskulatur; mehrmals dünnflüssige Stühle des Tags. Tannin mit Opium.

30. Juli: Temperatur: 38,8° C. Chinin.

4. August: Körpergewicht: 46 Klg.

5. August: Jodkali und Ferr. carb. sacch. wird mit Syrp. ferr. jodat. vertauscht

Die Efflorescenzen involvieren immer mehr durch Resorption und Desquamation und treten teils die bekannten kupferigen, an die Stelle der Haemorrhagien hingegen mehr dunkel pigmentierte Flecken mit noch etwas infiltrierter Basis zu Tage. Bei den letzteren geht die Schuppung von der Peripherie zum Zentrum so dass manche Flecken wie mit einem Hof umgeben scheinen. Temperatur Abends 38,5° C.

10 August: Patient klagt über Kopfschmerz. Temperatur 38,0° C.

13. August: Bohrende Kopfschmerzen besonders Nachmittags von 3—4 Uhr. Kal. jodat. pulv. 1.5; zwei Pulver täglich. Temperatur Abends: 38,5° C.

14. August: Am Stamm und an den Extremitäten werden zwischen den älteren teils noch schuppenden Papeln und den pigmentierten Flecken frische grossmaculöse Efflorescenzen sichtbar. Abendliche Temperatur 38,6° C. Körpergewicht 48 Klg.

15. August: Patient klagt wieder über reissende Schmerzen in den Extremitäten. Temperatur Abends 39° C.

Am 20. August, dem letzten Beobachtungstage, ist der Befund folgender: Bei geschwächtem blassen Allgemeinaussehen besteht im Gesicht, am Stamm und hauptsächlich an den Extremitäten ein schuppendes grosspapulöses Exanthem neben grünlichen Verfärbungen und dunklen Pigmentierungen sowie kupferigen Flecken mit noch infiltrierter Basis. Reste der haemorrhagischen und übrigen Efflorescenzen. Ausserdem ist Defluvium capillorum vorhanden. Am Glied selbst geht an Stelle des Ulcus der Vernarbungsprocess vor sich. Die linke Leiste bietet eine grosse granulierende Geschwürsfläche dar, während die Wunde in der rechten Leiste nahezu verheilt ist. Ausserdem ist allgemeine Drüsenschwellung mässigen Grades zu konstatieren. Subjektiv: Heftiger Schmerz in den Crist. tib., bei Berührung sich steigernd.

Das Allgemeinleiden, die Syphilis, ist in diesem Falle offenbar nicht zu verkennen. Derselbe charakterisiert sich besonders durch das Auftreten von Haemorrhagien, in die erst nachher Efflorescenzen syphilitischer Natur gesetzt werden.

Die haemorrhagischen Flecken sind nicht mit Scorbut in Zusammenhang zu bringen; — Zahnfleisch- sowie andere Blutungen, ausgenommen Nasenbluten, waren nicht zugegen — vielmehr ist die Diathese als durch die Syphilis bedingt bezw. als die Folge der durch dieselben gesetzten Gefäss- und Gewebsalteration und Blutentmischung anzusehen, zumal wir ein schon zu wiederholten Malen im Dienste der Venus erkranktes mit den depotenzierenden Eigenschaften des syphilitischen Virus durchseuchtes Individuum vor uns haben. Der Fall ist sonst noch interessant wegen der Koexistenz von secundären und tertiären Symptomen (cf. Wiener mediz. Wochenschr. Nr. 3. 1882.)

II. Fall.

J. E. 40 Jahre alt, Marqueur, hat angeblich 1865 einen Harnröhrentripper, an dem er auf der I. syphilitischen Abteilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses zu Wien behandelt wurde, durchgemacht. Im Jahre 1867 acquirierte er im Dienste der Venus eine zweitmalige Erkrankung in Form eines Geschwüres an der Vorhaut des Gliedes und wurde damals mit grauem Pflaster behandelt. Abgesehen von einer Kopfverletzung stellt Patient jegliche andere sowohl innere als äussere Krankheit in Abrede.

Wegen einer dritten Erkrankung, einem seit 14 Tagen bestehenden venerischen Geschwür, wurde er am 21. Juni 1881 in obengenanntes Spital aufgenommen, den letzten Coitus auf zwei Monate zurückdatierend.

Status bei der Aufnahme: Patient ist von kleiner, geschwächter Statur und zeigt heruntergekommene Ernährungsverhältnisse bei einem Körpergewicht von 48 Klg. und blassem Colorit der äusseren Decken. Eine Erkrankung innerer Organe ist nicht nachweisbar, dagegen besteht ein rechtsseitiger Leistenbruch und am linken Unterschenkel unterhalb der Kniescheibe (Crista tibiae) ein ausgebreitetes Narbenkeloid der Haut.

Der spezifische Befund bezieht sich auf ein Geschwür mit den Charakteren des weichen Schankers und mit dem Sitz an Eichel und innerer Lamellen der Vorhaut; ausserdem besteht chronische Blennorrhoe der Harnröhre; ferner ist Adenitis in der linken, sowie Scleradenitis in der rechten

Leiste, erbsengross, zu konstatieren; sodann mässige Schwellung überhaupt aller Drüsen nachweisbar.

27. Juni: Odem-Schwellung der Vorhaut ist eingetreten, so dass die Retraction derselben nur schwer möglich ist. Ausspülung des Präputialsackes mit 2% Carbolsäurelösung, Anwendung von Jodoform auf die Geschwüre; kalte Umschläge auf die Phimose; Zink-Einspritzung in die Harnröhre wegen der chronischen Blennorrhoe. Körpergewicht 48 Klg.

4. Juli: Die Geschwüre sind rein, granulieren gut, bluten aber leicht, weshalb statt des Jodoform ein Eisenverband appliciert wird. Die Phimose ist regressiv geworden.

9. Juli: An der Glans und dem Präpuz sind mehrere flache zum Zerfall tendierende Papeln und aus solchen entstandene seichte Ulcerationen bemerklich. Jodoformapplication. Körpergewicht 46½ Klg.

11. Juli: Körpergewicht 45 Kilogr.

14. Juli: Am Stamm und an den Extremitäten zeigt sich ein papulöses Exanthem, dessen Decke in Blasen mit durchsichtigem Inhalt abgehoben und dessen Basis bei vielen Efflorescenzen derb infiltriert ist. Die Efflorescenzen selbst sind teils maculöser, teils papulöser Natur und haben verschiedene Grösse. Bei einigen zeigen sich punktförmige Haemorrhagien, besonders hervorzuheben und auffallend durch ihre Grösse sind mehrere solche mit haemorrhagischem Ergusse in die Basis am linken Unterschenkel, auch an der Fussohle.

Temperatursteigerung: 38,6° Abends. Innerlich Jodkalium (5% Lösung) zwei Löffel voll des Tages zu nehmen.

18. Juli: Körpergewicht 45½ Kilogr. Temperatur Abends 38,2° C.

23. Juli: Patient klagt über Schmerzen beim Urinieren sowie über Harndrang.

Der Urin ist trüb und etwas vermehrt; derselbe reagiert sauer, hat erhöhtes specifisches Gewicht und lässt einen eitrigen Bodensatz zurück. Die Untersuchung auf Eiweiss erweist solches in reichlichem Masse. Kali chloricum in Lösung wird innerlich gereicht, daneben Zinkeinspritzung in die Harnröhre und Blase.

26. Juli: Der Harn zeigt eine innig mit Blut tingierte Verfärbung, die auch bei längerem Stehen beibehalten bleibt. Am Boden ist ein dicker blutig wolkiger Satz abgeschieden und die Proben auf Blut und Eiweiss bestätigen sich.

Die Reaktion ist alkalisch, das spec. Gewicht erhöht. Extractum haemostaticum.

27. Juli: Der Urin ist wieder heller und enthält nur noch wenig Blut.

28. Juli: Die Ulcerationen an der Glans und dem Praeputz des Penis greifen mehr weniger in die Tiefe und um sich. Ein davon ausgehender, die Haut des Penis am Rücken desselben auf ca. $1^1/_2$ cm. unterminierender Hohlgang wird gespalten. Jodoform-Verband.

31. Juli: Im Urin ist neuerdings vermehrter Blutgehalt nachweislich. Extractum haemostaticum.

1. August: Harn wieder blutfrei. Körpergewicht $42^1/_2$ Kg.

6. August: Das Exanthem beginnt allmälich zu involvieren.

Die grösseren, besonders auf den Hämorrhagien sitzenden Papeln stossen exquisit lamellöse grünlich verfärbte Schuppen ab und sind schon einzelne dunkel pigmentierte Stellen mit infiltrierter Basis sichtbar.

16. August: Gewicht 44 Kilogr.

Am 19. August wird Patient auf sein ausdrückliches Verlangen mit nachstehendem Befunde entlassen:

Blasses abgemagertes Aussehen, schlaffe welke Hautdecken. An der Eichel und der Vorhaut sind neben alten frische zarte Geschwürs- und Papelnarben erkenntlich; allgemeine Drüsenschwellung. Defluvium capillorum; auf der Haut befindet sich zwar kein Exanthem mehr, doch sieht man am Stamm wie an den Extremitäten, insbesondere den Fussohlen, noch dispergiert Pigmentflecke, von den Haemorrhagien restierend; an den Plantis ist auch noch Desquamation vorhanden.

Neben der Syphilis, die auch in diesem Falle das Grundleiden bildet, bestehen hier in und zwischen deren Efflorescenzen eben so wie im ersten Falle Hauthaemorrhagien, wozu noch Blasenblutungen, wenn auch nur vorübergehend, hiezu kommen. Dieser Fall unterscheidet sich vom ersteren nur darin, dass bei jenem die Haemorrhagien vor dem Exanthem auftreten, während hier das Exanthem bezw. dessen Efflorescenzen (Papeln) von haemorrhagischen Ergüssen in die Haut etc. gefolgt waren. Ferner fehlen hier Tertiärsymptome.

Das fast synchronische Auftreten und Verschwinden der Papeln und Hämorrhagien spricht sehr für den syphi-

litischen Charakter der letzteren, zumal Scorbut, Morbus maculosus Werlhofi, Haemophilie etc. auszuschliessen ist.

Zu dem Ende kann bei Ausschluss letztgenannter Blutkrankheiten der Begriff der haemorrhagischen Syphilis in der Weise präcisiert werden, dass, wenn im Verlaufe der Syphilis Hämorrhagien auftreten, diese als durch die Syphilis bedingt bezw. als Folgen der durch das syphilitische Gift hervorgerufenen Gefäss- und Gewebsalteration anzusehen sind.

Erleichtert werden die Blutaustritte jedenfalls durch die jeweilige Mischung des Blutes bezw. dem Mangel des normalen Eiweissgehaltes. Das Krankheitsbild wurde bei Erwachsenen, hier mehr heruntergekommenen, oftmals erkrankten Individuen, und Kindern, hier besonders bei Neugeborenen sowohl angeborenen als durch Infektion erworben, beobachtet. Bei Erwachsenen nahm die Krankheit meist einen günstigen Verlauf, während sie bei Kindern in der Regel ein lethales Ende erreichte.

Die Behandlung richtete sich lediglich gegen das Grundleiden, die Syphilis, und war nur bei besonderen Zufällen eine symptomatische.

An dieser Stelle sei es mir gestattet, Herrn Dr. Finger, I. klin. Assistenten an der Universitätsklinik zu Wien, durch dessen gütige Vermittelung mir beide Fälle überlassen wurden, meinen besten Dank auszusprechen.